

SETOR DE REFRAÇÃO E LENTES DE CONTATO
ORÇAMENTO

Paciente: JULIA SOPHIA ROCHA LEME
Médico Responsável: GABRIEL MOTA

PASTA: 1288587
CRM: 186.176

Especificação	Qtd	Valor
PACOTE PARA TESTE E ADAPTAÇÃO DE LENTES DE CONTATO	02	R\$4.986,00
Condições de Pagamento		Dinheiro Transferência/PIX Cartão Débito Cartão Credito em até 10x
ORÇAMENTO VÁLIDO POR 30 DIAS		

DADOS BANCÁRIOS PARA TRANSFERÊNCIA

Razão Social: Hospital Oftalmológico de Sorocaba

CNPJ: 50.795.566/0002-06

Banco Bradesco: 237

Agência: 3372-3

Conta Corrente: 0154290-7

PIX CNPJ: 50.795.566/0002-06

Enviar comprovante de pagamento no e-mail: financeiro@bos.org.br, informar o nome completo do paciente e especificar pagamento de lente de contato.

Recepção Centro de Refração

Horário de Atendimento:

Segunda a Quinta das 07:30 as 18:00

Sexta-feira até as 17:00

E-mail: setordelente@bos.org.br

Whats: (11) 94794-4509

SOROCABA, 15 DE JUNHO DE 2026

Elaborador por: NATHALIA RAMOS

Revalidado

Assinatura Paciente/ Responsável: _____